



Universidade de Brasília-UnB

Faculdade de Ceilândia-FCE

Curso de Terapia Ocupacional

POLYANNA DO NASCIMENTO MONTEIRO

Atuação da Terapia Ocupacional junto a idosos com demência

Brasília, 2013

POLYANNA DO NASCIMENTO MONTEIRO

Atuação da Terapia Ocupacional junto a idosos com demência

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Prof.^a Ms. Carolina Becker Bueno de Abreu

Brasília, 2013

Monteiro, Polyanna do Nascimento.

Atuação da Terapia Ocupacional junto a idosos com demência/ Polyanna do Nascimento Monteiro. - Brasília: Universidade de Brasília, 2013 42f.

Monografia (Bacharelado) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia.

Orientador: Prof^a. Ms. Carolina Becker Bueno de Abreu

1.Demência. 2.Idoso. 3.Terapia Ocupacional.

**Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por
qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa,
desde que citada a fonte.**

Assinatura:

Data:

POLYANNA DO NASCIMENTO MONTEIRO

Atuação da Terapia Ocupacional junto a idosos com demência

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Ms. Carolina Becker Bueno de Abreu

Universidade de Brasília

Prof.^a Ms. Leticia Meda Vandrúsculo Fangel

Universidade de Brasília

Andria Soares Callegaro

Terapeuta Ocupacional

Dedico àqueles que me proporcionaram sempre o melhor, meus queridos e amados pais Aroldo e Fátima. Não posso esquecer-me dos meus irmãos Aroldo, Wallace e Wesley. Aroldo por ser a pessoa incrível que é e despertar em mim o desejo de ser um ser humano sempre melhor. Wallace por me mostrar que a bondade e a generosidade são qualidades essenciais para qualquer ser humano e Wesley por ajudar a me mostrar que a vida pode ser dura e devemos nos fazer fortes frente às adversidades e ser determinados frente a novos desafios. Não posso esquecer-me da minha querida cunhada Carla, que tantas vezes me acolheu de forma hospitaleira e gentil na sua casa, se fazendo como uma irmã para mim. Além destes, dedico também a todos os profissionais que atuam nas áreas de Geriatria e Gerontologia pelo seu esforço, paciência e persistência. Não posso esquecer-me das pessoas idosas que através de décadas vividas mostram aos mais jovens que velhice é sinônimo de sabedoria.

Se meu andar é hesitante
e minhas mãos trêmulas, ampare-me.
Se minha audição não é boa, e tenho de me
esforçar para ouvir o que você
está dizendo, procure entender-me.
Se minha visão é imperfeita
e o meu entendimento escasso,
ajude-me com paciência.
Se minha mão treme e derrubo comida
na mesa ou no chão, por favor,
não se irrite, tentei fazer o que pude.
Se você me encontrar na rua,
não faça de conta que não me viu.
Pare para conversar comigo. Sinto-me só.
Se você, na sua sensibilidade,
me ver triste e só,
simplesmente partilhe comigo um sorriso e seja
solidário.
Se lhe contei pela terceira vez a mesma história
num
só dia, não me repreenda, simplesmente ouça-me.
Se me comporto como criança, cerque-me de
carinho.
Se estou doente e sendo um peso, não me
abandone.
Se estou com medo da morte e tento negá-la,
por favor, ajude-me na preparação para o adeus.

(Autor desconhecido)

Agradeço a Jeová Deus por ter me dado a dádiva da vida. Agradeço a minha orientadora Carolina Becker por sua grande generosidade, por ser tão paciente em me ajudar a concluir este trabalho e por sua disponibilidade ao me tirar dúvidas nos momentos de precisão. Agradeço a minha supervisora de estágio Andria Callegaro por me mostrar através da sua atuação a ser uma profissional dedicada. Agradeço também aos meus colegas de curso por sempre se fazerem tão presentes, me dando apoio e força necessárias para concluir esta etapa da minha vida. Em especial Allyne, Ana Paula e Marcos por serem tão companheiros e compartilharem comigo minhas aflições. Não posso esquecer-me das queridas Antônia, Apoena, Micheli e Hérica que sempre acolheram minhas angústias e são como grandes amigas para mim.

Resumo

Diante do aumento do número de idosos na população mundial e das alterações decorrentes do processo fisiológico ou patológico do envelhecimento, há o aumento das doenças crônicas degenerativas, sendo a demência incluída como uma destas. Dentre suas implicações, os maiores impactos causados ao indivíduo acometido são nos aspectos cognitivos, funcionais e comportamentais. A atuação da terapia ocupacional como profissão da área da saúde, busca compreender os desafios, as limitações e as diversas consequências desta comorbidade em idosos. Este trabalho tem como objetivo abordar, através de uma revisão de literatura, qual a atuação do terapeuta ocupacional junto a esta população. Os dados desta pesquisa foram levantados nas bases de dados Scielo, Lilacs, e também na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), publicados entre os períodos 2000 a 2013. Foram utilizados os descritores terapia ocupacional, envelhecimento, idoso, demência e reabilitação. Foram utilizados para a busca também livros relacionados a Geriatria e Gerontologia das bibliotecas centrais da Universidade de Brasília e da Faculdade de Ceilândia, Distrito Federal. Através do presente estudo concluiu-se que a terapia ocupacional pode intervir de várias formas junto a idosos com demência, para ajudar os pacientes a usar suas capacidades remanescentes e ajudá-los a mantê-las, proporcionar a maior funcionalidade possível, tentando retardar ou minimizar o avanço das perdas funcionais.

Palavras-chave: demência, idoso, terapia ocupacional.

Abstract

The number of elderly people in the world's population has increased, and due to the changes this group faces as a result of the physiological and pathological process of aging, there is an increase in the occurrence of degenerative diseases, including dementia. From among its implications, the impact on the patient's cognitive, functional and behavioral aspects stands out. Occupational Therapy, as a health care profession, aims at understanding the challenges, limitations and several consequences this comorbidity imposes on the elderly. This paper addresses, by means of a bibliographic review, what the role of an occupational therapist is in the aforementioned situation. The data presented in this research was found at Scielo, Lilacs, and Biblioteca Virtual da Saúde's (BVS) databases, and was published between 2000 and 2013. The descriptors used were: occupational therapy, aging, elderly, dementia and rehabilitation. Books on Geriatrics and Gerontology from Brasília and Ceilândia Universities were also consulted. By means of this study, it has been understood that occupational therapy has a role in helping the elderly with dementia, assisting them to use and preserve their remaining abilities as efficiently as possible, slowing or minimizing the loss of functional capabilities.

Key words: dementia, elderly, occupational therapy.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	12
1.2 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA.....	12
1.3 DEMÊNCIA	13
1.3.1 DIAGNÓSTICO DAS DEMÊNCIAS.....	15
1.3.2 DEMÊNCIA E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE DO IDOSO.....	17
1.4 TERAPIA OCUPACIONAL	20
2. JUSTIFICATIVA	23
3. OBJETIVOS.....	24
3.1 GERAL	24
3.2 ESPECÍFICOS	24
4. METODOLOGIA.....	25
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
5.1 AVALIAÇÃO FUNCIONAL E TESTES COGNITIVOS	28
5.2 ATIVIDADE COMO RECURSO TERAPÊUTICO	29
5.3 REABILITAÇÃO COGNITIVA	31
5.4 ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	33
5.5 INTERVENÇÕES AMBIENTAIS	34
5.6 INTERVENÇÃO JUNTO A CUIDADORES.....	35
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo comum a todos os seres vivos. Porém, levanta muitos pontos obscuros quanto à sua dinâmica e natureza. Mesmo não havendo um consenso sobre uma definição de envelhecimento, de acordo com FREITAS *et al* (2006), o termo envelhecimento é frequentemente empregado para descrever as mudanças de forma e função ao longo da vida, que ocorrem nos organismos após a maturação sexual e que progressivamente comprometem a capacidade de resposta dos indivíduos ao estresse ambiental e à manutenção da homeostasia.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o envelhecimento pode ser definido como “Prolongamento e término de um processo representado por um conjunto de modificações fisiomorfológicas e psicológicas, ininterruptas à ação do tempo, sobre as pessoas” (PAPALÉO NETTO, 2002, p. 68).

Segundo Martins (2002), o conceito de envelhecimento pode ser considerado abstrato, porque é uma categoria criada socialmente para demarcar o processo em que os seres humanos ficam envelhecidos, velhos ou idosos.

Em cada indivíduo o processo de envelhecimento é vivenciado de forma diferente, levando em conta sua história de vida, suas perdas, medos e vivências.

Entre todas as definições existentes, a adotada neste trabalho será a de Papaléo Neto (2000 p. 44), que refere:

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que determinam perda gradual da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por leva-lo à morte.

Apesar de tantos conceitos e estudos acerca do envelhecimento, esse é um assunto que ainda merece muita investigação e demanda conhecimento, com a finalidade de proporcionar uma vida mais agradável e prazerosa para a pessoa idosa.

1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O envelhecimento populacional mundial vem aumentando em grande escala a cada ano que passa. Nas últimas décadas, esse processo e suas consequências se fazem presentes também no cotidiano brasileiro.

O número de idosos está aumentando no Brasil, pois passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 20 milhões em 2008 – o que gera um aumento de quase 700% em menos de 50 anos (VERAS, 2009). Com o aumento do envelhecimento, inevitavelmente há o surgimento de doenças relacionadas a este na sociedade.

Segundo RAMOS *et al* (1987), o que pode caracterizar este envelhecimento populacional nos países emergentes é o fato de que está ocorrendo uma melhora na qualidade de vida das pessoas na mesma proporção do envelhecimento.

O envelhecimento populacional cada vez mais é de interesse a comunidade científica. A transição demográfica bem como a transição epidemiológica são importantes quando se trata da abordagem em temas como demência, doenças crônicas, acidentes domésticos e cuidados relacionados a idosos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

1.2 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA

O conceito de transição demográfica refere-se à mudança de um padrão caracterizado por elevadas taxas de mortalidade e fecundidade para o outro, em que essas taxas passam a ser significativamente mais baixas. Neste sentido, o envelhecimento populacional caracteriza-se pela diminuição relativa do número de jovens e aumento relativo do número de idosos (PEREIRA, 2001).

A notável transição demográfica que vem ocorrendo em todo o mundo mostra que o

ritmo de crescimento do número de idosos é muito maior que o de outras faixas etárias. O que está ocorrendo no Brasil é que há um crescimento relativo da população idosa: o número de pessoas de 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a população abaixo de 60 anos, o que gera um grande envelhecimento populacional. Segundo algumas previsões, o percentual de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos no mundo passará de 10% a 21%; paralelamente, o percentual de crianças terá uma redução de 30% para 21% em 2050 (PESSINI e BARCHIFONTAINE, 2006).

Ao mesmo tempo em que ocorrem essas mudanças demográficas ocorrem também algumas mudanças no que diz respeito à mortalidade e morbidade da população. As mudanças nestes padrões dizem respeito à diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e ao aumento das doenças não transmissíveis. Algo que contribui para a mudança das principais causas de morte é a redução das taxas de letalidade de algumas doenças, ou seja, há uma diminuição do número de óbitos por determinada causa dividido pelo número de doentes pela mesma causa (LEBRÃO, 2007).

Além dos aspectos mencionados acima, fatores como os aspectos demográficos, ambientais, melhor acesso a serviços de saúde, implementação de políticas sociais, entre outras, foram determinantes no processo de transição epidemiológica (DUARTE *et al*, 2002).

Transição demográfica e epidemiológica são diferentes, porém há uma relação fundamental entre elas, devido a queda inicial da mortalidade por doenças infecciosas. Em contrapartida, a queda da fecundidade afeta grandemente a estrutura da população por idades e repercute no perfil da morbidade, haja visto que a proporção crescente de pessoas de idade avançada aumenta o número das doenças crônicas e degenerativas. (LEBRÃO, 2007).

1.3 DEMÊNCIA

À medida que o número de idosos aumenta, aumenta também a prevalência de doenças crônico-degenerativas e, entre essas, a demência se destaca, compondo o sexto grupo de doenças mais relevantes em relação ao impacto na funcionalidade e na morbidade de idosos. (VIEIRA & KOENING, 2002). São comuns, na população idosa, queixas sobre o declínio cognitivo e funcional, sendo forte a relação entre o nível cognitivo e habilidade funcional,

segundo MARRA *et al*(2007).

De acordo com GREEN (2001, p.13) a demência “é uma síndrome adquirida na qual o prejuízo das habilidades cognitivas é o suficiente para interferir nas atividades sociais e costumeiras do indivíduo”.

Alguns estudos apontam que a prevalência de demências atualmente está em torno de 10% em pessoas acima de 65 anos e de 50% em pessoas acima de 90 anos de idade, sendo este um número significativo (ADELMAN e DALY, 2005).

As demências podem ser didaticamente divididas em dois grandes grupos: as demências primárias e as secundárias. Segundo CHAVES (1998 citado por ANGHINAH & CARAMELLI, 2006, p.4):

Demências primárias-são desordens degenerativas do Sistema Nervoso Central (SNC), com curso progressivo e que se manifestam clinicamente por declínio cognitivo acompanhado ou não de outras alterações do exame neurológico ou por transtornos de comportamento (Doença de Alzheimer, demência com corpos de Lewy e a demência fronto-temporal).

Demências secundárias-são consequências de desordens não degenerativas que acometem SNC, acompanhadas ou não de outras alterações neurológicas (demência vascular, demência hidrocefálica, demência secundária a tumores, entre outras.)

CHAVES também discorre acerca os estágios da demência e os cuidados que devem ser tomados em cada um:

- Leve: acometimento das capacidades de trabalho e sociais, mas mantém grau de independência das Atividades de Vida Diária (AVDs). Há comprometimento da memória recente. Nesta fase, deve-se estimular independência, estabelecer rotinas com atividades repetitivas. Além disso, não se deve dirigir, deve haver também, cuidado com questões financeira e jurídica.
- Moderada: Necessita de supervisão para as AVDs. Aqui há o perigo de sair sozinho, necessita-se de supervisão para higiene, prevenção de acidentes e estímulo para se

fazer o que consegue.

- Grave: Incapacidade para AVDs, necessita supervisão e cuidados permanentes.

Quanto à classificação clínica as demências dividem-se em:

- Demências corticais: doença de Alzheimer, Doença de Pick
- Demências subcorticais: (Doença de Parkinson, Doença de Huntington, Paralisia Supranuclear Progressiva, Doença de Wilson, Degenerações espinocerebelares, Calcificação Idiopática dos Gânglios da Base).

1.3.1 DIAGNÓSTICO DAS DEMÊNCIAS

O diagnóstico de uma síndrome demencial é baseado, fundamentalmente, na história clínica do paciente, associado a exames de neuroimagem, exames laboratoriais e avaliação neuropsicológica. É importante ressaltar que existem critérios bem definidos para o diagnóstico de demência. Os mais conhecidos são os do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais (DSM-IV), elaborado pela Associação Psiquiátrica Americana, e os do Código Internacional de Doenças- Décima Revisão (CID 10), da OMS (BRITO *et al*, 2007).

Uma recente revisão do DSM-IV (DSM-IV-TR) apresenta seis categorias que classificam a demência, que são elas: Doença de Alzheimer, vascular, devido a outras condições clínicas gerais, induzidas por substâncias, devido a múltiplas etiologias e, demência não especificada. Além disso, o DSM-IV-TR (figura 1) apresenta critérios específicos para delinear as subcategorias diagnósticas, levando em conta a presença de sinais neurológicos focais, alterações laboratoriais, história de abuso de substância ou condição clínica geral contribuinte e presença ou não de sintomas comportamentais (KIKUCHI, 2011).

Figura 1- CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DE DEMÊNCIA DE ACORDO COM O DSM-IV-TR
<p>A. Desenvolvimento de múltiplos déficits cognitivos manifestados tanto por (1) quanto por (2):</p> <p>(1) comprometimento da memória (capacidade prejudicada de aprender novas informações ou recordar informações anteriormente aprendidas)</p> <p>(2) uma (ou mais) das seguintes perturbações cognitivas:</p> <p>(a) afasia (perturbação da linguagem);</p> <p>(b) apraxia (capacidade prejudicada de executar atividades motoras, apesar de um funcionamento motor intacto);</p> <p>(c) agnosia (incapacidade de reconhecer ou identificar objetos, apesar de um funcionamento sensorial intacto); e</p> <p>(d) perturbação do funcionamento executivo (isto é, planejamento, organização, seqüenciamento, abstração).</p>
<p>B. Os déficits cognitivos nos Critérios A.1 e A.2 causam, cada qual, prejuízo significativo no funcionamento social ou ocupacional e representam um declínio significativo em relação a um nível anteriormente superior de funcionamento.</p>
<p>C. Os déficits não ocorrem exclusivamente durante o curso de um <i>delirium</i>.</p>
<p>D. Um ou vários fatores orgânicos julgados etiologicamente responsáveis pelos transtornos são evidenciados pela anamnese, exame psíquico ou exames complementares. Na ausência dessas evidências, pode-se presumir que um fator orgânico originou a síndrome se nenhum transtorno mental não orgânico pode explicar os sintomas, como, por exemplo, uma depressão maior.</p>

Fonte: Psychiatry on line Brasil. < <http://www.polbr.med.br/ano08/for0608.php>>

Quando se faz um diagnóstico clínico das demências, já se tem perda neuronal importante, assim o diagnóstico precoce é de suma importância. De acordo com BOTTINO e PERROCO (2011), alguns exames que podem ser feitos para auxiliar o diagnóstico da demência são: Tomografia Computadorizada (TC), Ressonância Magnética (RM) e Neuroimagem funcional, ambas necessárias para fornecer uma gama de dados para a prática clínica e para a pesquisa que formam um quadro detalhado das modificações cerebrais que ocorrem tanto no idoso saudável como no portador de comprometimento cognitivo leve.

Além destes exames de neuroimagem é necessário que haja um rastreio cognitivo com avaliações que possa ajudar no acompanhamento do quadro clínico da demência. Como exemplo, pode ser utilizada uma bateria de rastreio cognitivo que consiste em vários testes breves que mostraram ter boa acurácia diagnóstica. Pode incluir os seguintes testes: memória

incidental, memória imediata, aprendizado, fluência verbal, teste do relógio, memória de 5 minutos, reconhecimento, entre outros (BRUCKI, 2011)*¹

1.3.2 DEMÊNCIA E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE DO IDOSO

Os impactos gerados pela demência variam de acordo com a etiologia, porém há progressiva perda na função cognitiva, com maior ênfase na perda de memória, e interferência nas atividades sociais e ocupacionais (GALLUCCI et al 2005).

Pode-se observar prejuízo de pelo menos uma das seguintes capacidades de cognição: atenção, imaginação, compreensão, concentração, raciocínio, julgamento, afetividade, percepção (CANINEU, 2003), bem como pode haver afasia, apraxia, agnosia e perturbações nas funções de execução como planejamento, organização, sequência e abstração (SANTANA, 2003).

Os processos de aprendizado e evocação são comprometidos precocemente, diminuindo a aquisição de novas informações, com piora progressiva até que não haja mais nenhum aprendizado novo. Apresenta-se também, algum grau de comprometimento de linguagem desde o início do aparecimento da demência, como no caso da Doença de Alzheimer (DA). Conforme a doença vai evoluindo, perde-se a capacidade vísuo-espacial e a orientação esquerda-direita é prejudicada (BRUCKI, 2000).

Há um declínio nestes pacientes dos hábitos de higiene e vestir-se de forma adequada. Em estágios mais avançados, apresentaram problemas quanto à incontinência urinária e fecal, o que pode ser inicialmente secundário a desorientação espacial, em que o paciente perde-se dentro de casa, sem que chegue a tempo ao banheiro e, posteriormente, por desinibição devido ao estágio do processo demencial (BRUCKI, 2000).

¹ *Para mais informações acerca da classificação de demência, diagnóstico e testes de rastreio veja o livro Demências- enfoque multidisciplinar: das bases fisiopatológicas ao diagnóstico e tratamento, publicado pela editora Atheneu; Diagnóstico Diferencial das Demências, publicado pela Revista de Psiquiatria Clínica volume 32, número 3, páginas 119-130, ano 2005.

As alterações comportamentais são comuns já na primeira fase da demência, em que o paciente pode ficar irritado e agressivo mais que o usual, quando algo o incomoda, em especial mudanças repentinas de ambiente, brigas e discussões. Pode-se também apresentar melancolia ou falta de interesse pelas coisas que antes lhe chamavam atenção e davam satisfação. Ainda nesta fase, pode ocorrer depressão no idoso por perceber que algo diferente está ocorrendo com ele e não conseguir mudar a situação. Por isso, é necessário tratar a depressão de forma adequada, já que pode agravar o quadro demencial. Estas alterações comportamentais geram também grande angústia aos cuidadores e familiares (CALDAS, 1998).

De acordo com a mesma autora, nas fases seguintes, estes sintomas se agravam, além do aparecimento de novas dificuldades na fala, escrita e compreensão. Há a perda da capacidade na execução de movimentos simples do dia a dia, como deitar-se e levantar-se. O esquecimento nessa fase vem acompanhado da falta de capacidade de reconhecimento das funções de objetos, como por exemplo, não saber para que serve um garfo. Nesta fase, por ter dificuldade de expressar-se, a agitação e agressividade aumentam e o nível de dependência também. Na fase avançada da demência há um agravamento acentuado do quadro, pois o idoso demenciado passa a não reconhecer membros da família e até a si mesmo, quase não tem iniciativa, é incapaz de comunicar-se, movimentar-se e fazer controle fecal e urinário.

Comprometimentos de marcha, desequilíbrio, instabilidade postural e aumento do tônus muscular também são alguns sintomas presentes na demência que podem implicar em quedas nos idosos acometidos, o que gera outros problemas significativos. Além do mais, estes idosos precisam de constante supervisão de um cuidador, pois por terem um julgamento empobrecido da gravidade do seu quadro e de suas perdas, podem envolver-se em atividades arriscadas, acarretando possíveis prejuízos a sua integridade física (CARVALHO; COUTINHO, 2002).

Segundo GROISMAN (2002, p.2), por tornarem a pessoa progressivamente dependente, os transtornos demenciais podem provocar grande sofrimento tanto para os pacientes quanto para seus familiares, que são obrigados a se reorganizarem para viabilizarem os cuidados à pessoa que adoece e torna-se progressivamente dependente.

Deve-se lembrar de que a demência significa um grande fardo para a família, do ponto

de vista tanto social como econômico, físico e psicológico. Em muitos casos o estresse psicológico não recebe atendimento adequado. É preciso preservar a saúde física e mental do familiar que cuida do doente, pois assim este cuidador poderá dar assistência melhor e por mais tempo que uma pessoa sobrecarregada e exausta. O aconselhamento torna-se às vezes, primordial para o acompanhamento dos pacientes demenciados e de seus cuidadores (BENNETT, 2003).

De acordo com NERI, citado por LEMOS *et al*, (2006) “o convívio com pacientes demenciados pode requerer das famílias uma alteração bastante significativa em sua dinâmica cotidiana, pois o cuidar pode constituir-se numa tarefa desgastante, principalmente se estender-se por um longo período” (p.172).

Em relação aos impactos funcionais, Gauthier e Gautier (1990 citado por SILVA, 2012), descrevem as atividades mais complexas, como as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's) como as prejudicadas inicialmente. Com o avanço da doença, ocorre perda progressiva da realização de atividades de auto-cuidado, como tomar banho, vestir-se, alimentar-se, deambulação, entre outros.

O paciente demenciado também sofre com esta nova realidade. Assim como a doença progride, se instala a irritabilidade, dificuldade em manipular ou realizar atividades que normalmente seriam fáceis para o paciente, dificuldades de orientação espacial, dificuldade de localizar-se dentro de sua própria casa, dificuldade de lidar com contas e com dinheiro, até quadros de distúrbios psiquiátricos com delírios e pensamentos paranoicos. É comum o paciente idoso sentir que está sendo ameaçado por um membro da família, que está sendo roubado, ou mesmo delírios de ciúmes, achando que o cônjuge tem um romance fora do domicílio e sem dúvida isto pode gerar muitos conflitos no meio familiar (JORGE, 2013).

A sobrecarga dos cuidadores de um idoso com demência é um problema que os afeta emocionalmente, fisicamente e até mesmo, muitas vezes, no âmbito financeiro. “Esses cuidadores possuem maiores sintomas psiquiátricos, maiores problemas de saúde, maior frequência de conflitos familiares e problemas no trabalho do que outras pessoas que não exercem esse papel” (CRUZ E HAMDAN, 2008, p. 3).

CALDAS (2000) comprovou que é fundamental para a atenção ao idoso que seus familiares sejam vistos nas suas singularidades. É como singulares que precisam ser ouvidos, suas necessidades detectadas e a partir deste diagnóstico receber cuidados. Os cuidados a serem prestados aos familiares dos idosos em processo demencial não devem se restringir a apenas transmitir informações sobre a doença e dar orientações padronizadas. É preciso que os profissionais da saúde compreendam que o fato de os cuidadores cumprirem as prescrições e orientações não significa que as necessidades do idoso estejam plenamente atendidas. O ideal é que tais pessoas participem das decisões sobre os rumos da assistência ao idoso, sabendo que contarão com o suporte técnico.

A demência gera também, grandes custos para a sociedade. Atualmente, os serviços de saúde não têm absolutamente como enfrentar a crise da demência, pois estamos vivendo mais e há um desastre econômico e financeiro à beira de se evidenciar, pois este é um problema social e de saúde de máxima importância (GUIMARÃES, 2013).

1.4 TERAPIA OCUPACIONAL

A terapia ocupacional, surge como profissão que visa auxiliar no processo de reabilitação do indivíduo demenciado, pois, estes impactos causam grandes perdas cognitivas e motoras, relações sociais, quebra do seu cotidiano, alterações comportamentais e dificuldade nas realizações das Atividades de Vida Diária (AVD's).

Segundo a Associação Americana de Terapia Ocupacional (1999), “a terapia ocupacional é uma profissão da área da saúde e da reabilitação que ajuda o indivíduo a recuperar, desenvolver e construir habilidades para sua independência funcional, sua saúde, sua segurança e sua integração social. A ênfase da terapia ocupacional é na capacidade de desempenho funcional das pessoas, compreendida nos aspectos sensório-motores (praxias, coordenação motora, percepção e habilidades), nos componentes de integração cognitiva (memória, atenção, concentração, dentre outros) e nos aspectos psicossociais (valores, interesses, papéis e relações), os quais são considerados essenciais para a realização das atividades cotidianas de autocuidado, de trabalho e de lazer.”

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) dá a seguinte definição da profissão:

É uma área do conhecimento, voltada aos estudos, à prevenção e ao tratamento de indivíduos portadores de alterações cognitivas, afetivas, perceptivas e psico-motoras, decorrentes ou não de distúrbios genéticos, traumáticos e/ou de doenças adquiridas, através da sistematização e utilização da atividade humana como base de desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos (COFFITO, 2013).

Uma das suas áreas de atuação da Terapia Ocupacional é na Gerontologia, que visa manter, restaurar e melhorar a capacidade funcional, mantendo o idoso ativo e independente o maior tempo possível. A atuação do terapeuta ocupacional tem como objetivo geral promover o desempenho dos idosos nas atividades de vida diária (AVD), nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD), nas atividades de trabalho e produtivas e nas atividades de lazer, sempre visando a autonomia do sujeito.

Sendo o terapeuta ocupacional um profissional da área de saúde, poderá intervir junto ao idoso nos diversos níveis de atenção: na promoção, na prevenção, no tratamento, na reabilitação e nos cuidados paliativos.

O processo terapêutico ocupacional inicia-se com a identificação das habilidades e das limitações funcionais do idoso por meio da avaliação. Com base nisso, são elaborados o planejamento e a implementação da intervenção, seguida de reavaliações periódicas. (WILKINS, LAW e LETTS, 2001).

O papel do Terapeuta Ocupacional, em especial junto ao idoso demenciado mostra-se de grande importância, pois sua área de atuação nesse sentido é muito ampla, vai desde a avaliação do desempenho ocupacional a adaptações feitas no ambiente em que o indivíduo vive.

De acordo com dados já mencionados anteriormente, a população mundial, inclusive a brasileira, está envelhecendo e junto com isso, apresentando cada vez mais demanda para que se possa envelhecer de forma saudável e feliz. Por isso, é cada vez maior a necessidade de se atuar junto a idosos que apresentem algum tipo de limitação advinda desse processo. Para

tanto, faz-se necessária a atuação de um profissional habilitado, pois, mesmo com o comprometimento progressivo causado pela demência, muitas medidas podem ser tomadas para minimizar estes efeitos que influenciam a qualidade de vida do idoso acometido e de sua família.

2. JUSTIFICATIVA

Há um significativo envelhecimento populacional nas últimas décadas e, junto a ele, doenças crônicas degenerativas, como a demência que tem um impacto considerável nos indivíduos acometidos por ela, o que acarreta grande incapacidade, dependência e interferência na vida familiar e social. Além disso, há graves consequências no papel ocupacional, o que sem dúvida gera grandes prejuízos também para a sociedade.

Devido ao grande número de indivíduos afetados pela demencia e suas implicações, é necessário que haja um aprofundamento sobre este assunto para que assim, sejam minimizados os efeitos causados por esta enfermidade, de forma a diminuir limitações funcionais e estimular seu desempenho, favorecendo o idoso a ter maior autonomia no desempenho das suas Atividades de Vida Diária (AVD's).

Assim, é necessário que se tenha conhecimento a respeito das demências, suas implicações e prejuízos para que se possa intervir de forma a promover o maior bem-estar dos idosos acometidos por esta enfermidade, fazendo com que tenham maior autonomia, satisfação e qualidade de vida, apesar de suas limitações.

3.OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Analisar a intervenção da Terapia Ocupacional junto a pacientes com demência.

3.2 ESPECÍFICOS

- Identificar os seguintes aspectos da atuação da Terapia Ocupacional junto a idosos com demência e seus familiares/cuidadores:
 - Referenciais teórico-metodológicos;
 - Métodos/recursos terapêuticos

4. METODOLOGIA

Este estudo é uma pesquisa qualitativa exploratória, pois tem como objetivo principal, de acordo com Gil (2002, p. 44):

“desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. Pesquisas exploratórias habitualmente envolvem levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de caso.”

Com esta finalidade, foi realizado um levantamento bibliográfico com busca cuidadosa de artigos relacionados ao tema nas seguintes bases de dados: Lilacs, Scielo, e BVS (Biblioteca Virtual da Saúde), escritos entre o período de 2000 a 2013. Foram utilizados os seguintes descritores: terapia ocupacional, envelhecimento, idoso, demência e reabilitação.

Além destas fontes, foram utilizados também, livros relacionados ao tema de Geriatria e Gerontologia das bibliotecas centrais da Universidade de Brasília e da Faculdade de e Ceilândia, Distrito Federal.

Como critérios de inclusão, foram selecionados artigos e capítulos de livro no idioma português que apresentaram familiaridade com o tema.

Com os descritores utilizados, foram feitos os seguintes cruzamentos: terapia ocupacional e demência; terapia ocupacional e envelhecimento; terapia ocupacional e idoso; reabilitação e demência.

A pesquisa abrangeu o período de setembro a novembro de 2013.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na busca realizada para esta pesquisa usando os descritores terapia ocupacional e demência, foram encontrados 11 artigos, sendo que 3 deles foram excluídos por não apresentarem a versão do texto completa, e 7 excluídos por não apresentarem adequação aos objetivos da pesquisa. Foi incluído na pesquisa 1 artigo.

Ao cruzar descritores terapia ocupacional e envelhecimento, foram encontrados 10 artigos, sendo 3 excluídos pelo idioma e 6 excluídos após leitura aprofundada. Sendo assim, 1 artigo foi incluído na pesquisa.

Usando os descritores terapia ocupacional e idoso, 18 artigos encontrados, porém nenhum selecionado devido a não estar relacionado à demência.

Os achados com os descritores reabilitação e demência, foram 96 artigos, porém apenas 2 foram selecionados para a pesquisa. Demais artigos foram excluídos por tratarem de intervenções a doenças psiquiátricas e/ou não apresentarem versão do texto completo.

Os resultados encontrados no acervo da biblioteca central da Universidade de Brasília (UnB) e Faculdade de Ceilândia (FCE), foram os seguintes: 296 resultados relacionados aos descritores utilizados, 40 foram excluídos pelo tema e 16 foram selecionados para uma leitura aprofundada, porém por não apresentarem uma proposta de intervenção terapêutica ocupacional, foram excluídos da pesquisa. Dessa forma, um capítulo de livro foi incluído na pesquisa por estar de acordo com os objetivos propostos.

Apresentamos abaixo, quadro que resume as principais características dos estudos consultados/ incluídos na pesquisa.

AUTOR(ES)	TÍTULO	ANO	REVISTA/ EDITORIA	MÉTODOS	PRINCIPAIS INTERVENÇÕES UTILIZADAS
FERRARI, M. A. C.	A terapia ocupacional na reabilitação do portador de Alzheimer.	2001	Lilacs	Ensaio Teórico	Avaliação funcional/testes cognitivos; Reabilitação Cognitiva; Treino de AVDs, Intervenção ambiental e junto a cuidadores.
FERRARI, M. A. C.	Reabilitação do Idoso Portador de demência tipo Alzheimer.	2007	Guanabara Koogan	Ensaio teórico	Avaliação funcional/testes cognitivos; Reabilitação Cognitiva; Treino de AVDs, Intervenção ambiental e junto a cuidadores.
CORRÊA, S. E. S; SILVA, D. B.	Abordagem cognitiva na intervenção Terapêutica Ocupacional com indivíduos com Doença de Alzheimer	2009	Lilacs	Revisão de literatura	Avaliação funcional/testes cognitivos; Reabilitação Cognitiva.
CAMARA, V. D. GOMES, S. S., RAMOS, F., MOURA, S., DUARTE, R., COSTA, S. A., RAMOS, P. A. F., LIMA, J. A. M. C., CAMARA, I. C. G., SILVA, L. E., SILVA, A. B., RIBEIRO, M. C., FONSECA, A. A.	Reabilitação Cognitiva das Demências	2009	Lilacs	Ensaio teórico	Avaliação funcional/testes cognitivos; Reabilitação cognitiva e intervenção junto a cuidadores.
CUNHA, F. C. M., CUNHA, L. C. M., SILVA, H. M., COUTO, E. A. B.	Abordagem funcional e centrada no cliente na reabilitação de idoso com demência de Alzheimer avançada - relato de caso.	2011	Lilacs	Estudo de caso	Avaliação funcional/testes cognitivos; Reabilitação cognitiva; Treino de AVDs; Intervenção ambiental e intervenção junto a cuidadores.

Nos artigos encontrados, notou-se que dentre as várias etiologias da demência, a doença de Alzheimer predominou nos resultados encontrados, isso pode ser explicado devido a esta ser a mais frequente manifestação da demência em idosos. Em contrapartida, esses achados mostram que há uma carência de estudos acerca de outras etiologias da demência.

Dois dos autores encontrados (CUNHA et al 2011 ;CORRÊA e BRITO 2009) fizeram menção ao tratamento medicamentoso em conjunto com o plano de tratamento terapêutico ocupacional. Em relação ao tratamento interdisciplinar, apenas um dos artigos encontrados fez referência, sendo este o dos autores CUNHA *et al* (2011).

Dentre as intervenções utilizadas pelos autores em seus estudos, foram selecionadas as que mais prevaleceram na atuação do terapeuta ocupacional e divididas em tópicos para a melhor compreensão acerca do assunto, conforme alistadas abaixo.

5.1 AVALIAÇÃO FUNCIONAL E TESTES COGNITIVOS

Nos artigos A Terapia Ocupacional na Reabilitação do Portador de Alzheimer e Reabilitação do Portador de Alzheimer, FERRARI(2001; 2007) mostra que a intervenção da Terapia Ocupacional está vinculada ao tratamento da doença além de outras especialidades da área da saúde, sendo que antes de iniciar uma intervenção junto a idosos acometidos, deve-se fazer uma entrevista com o paciente e com o familiar e/ou cuidador e uma avaliação funcional e teste cognitivo, que pode ser feito através do Mini Exame do Estado Mental (Mini mental) para estabelecer o progresso da doença, suas implicações funcionais nas Atividades de Vida Diárias (AVDs) e, assim, planejar uma atuação terapêutica ocupacional levando em conta as habilidades remanescentes do paciente e seu contexto.

A avaliação também é necessária para que haja um acompanhamento dos benefícios das intervenções feitas a esses idosos (FERRARI, 2007).

Todos os artigos pesquisados apresentaram ações que relataram a mesma linha de intervenção, iniciando com uma entrevista e avaliação e, elaborando um planejamento terapêutico de acordo com a necessidade de cada paciente.

Por exemplo, CUNHA *et al* (2011) referiram que estas avaliações foram necessárias para observar que a rotina do paciente atendido por uma equipe interdisciplinar estava completamente desorganizada e alterada, tendo abandono de atividades significativas. Neste caso, após a intervenção realizada, foram feitas reavaliações trimestrais com a finalidade de verificar se houve mudanças significativas na rotina do idoso acometido por demência.

De acordo com o mesmo autor, no caso da avaliação para a reabilitação cognitiva, esta deve incluir tanto aspectos neuropsicológicos quanto comportamentais, assim é possível identificar as dificuldades apresentadas pelo paciente na realização das atividades de vida diária.

O mini exame do estado mental foi utilizado por dois autores (FERRARI, 2007; CUNHA *et al* 2009), sendo utilizados também o teste de fluência verbal e o teste do relógio.

Os demais autores não explicitaram quais instrumentos foram utilizados para avaliação. Além das avaliações utilizadas pelos autores, na atuação terapêutica ocupacional, são várias as opções na literatura que podem ser utilizadas junto a estes pacientes, como o Índice de Katz (IK), Índice de Lawton–Brody (ILB) e Índice de Pfeffer (IP) que podem também ser utilizados para avaliar as habilidades dos pacientes para as atividades básicas de vida diária e atividades instrumentais de vida diária, respectivamente, podendo ser este último também utilizado para avaliar funções cognitivas e sociais (MARRA *et al* 2007).

Percebe-se que muitos são os instrumentos disponíveis para a utilização dos profissionais da área da geriatria e gerontologia, inclusive o terapeuta ocupacional. É importante o uso destas avaliações também após as intervenções realizadas, pois assim é possível que seja feita uma análise do sucesso da intervenção, além de avaliar a progressão da doença.

5.2 ATIVIDADE COMO RECURSO TERAPÊUTICO

Na Terapia Ocupacional, a ação, o fazer o humano e o cotidiano são definidos como objeto da profissão (SOARES, 2007). Nesse sentido, podemos destacar as atividades como principal recurso usado na prática terapêutica como meio de promover saúde e preservar os níveis perceptivos e cognitivos.

No caso das demências, em especial a doença de Alzheimer, FERRARI (2007), fala acerca do uso de atividades para estruturar a rotina do paciente, preservar as habilidades remanescentes, minimizar as consequências dos déficits cognitivos e funcionais e criar um ambiente propício para interação social. Além disso, ela ressalta que uma intervenção eficaz precisa englobar dois aspectos:

- “a) Manutenção preventiva das habilidades funcionais, motoras, perceptivas e cognitivas que o portador de Alzheimer vai paulatinamente perdendo;
- b) A adaptação contínua para lidar com o meio ambiente, o

exercício e a participação das atividades que constituem o cotidiano do paciente, que são o comer, o vestir-se, a higiene pessoal, o comunicar-se, andar, telefonar, fazer compras, assistir a um filme, ir ao teatro, etc., pois essas atividades vão se tornando cada vez mais prejudicadas à medida que a doença evolui”.

Segundo CORRÊA e SILVA (2009) e FERRARI (2001), é importante que as atividades quando usadas como meio no processo de intervenção, sejam: simplificadas, fragmentadas em pequenas tarefas, adaptadas na medida em que as habilidades do cliente vão diminuindo; repetitivas, rotineiras e familiares, garantir o autorrespeito e o senso de valor do paciente. Além disso, as atividades têm como grande característica ajudar o paciente a usar suas capacidades remanescentes e ajuda-o a mantê-las, sendo um trabalho de prevenção e manutenção.

FERRARI (2001) descreve ainda alguns exemplos de atividades que podem ser utilizadas no processo de intervenção como: jogos diversos, jogos que envolvam letras, números, leitura, orações, poesias, reminiscências e outros. Todas estas atividades de acordo com a autora devem ter algum objetivo e ser parte do contexto do paciente.

É através da atividade que a terapia ocupacional irá oferecer ao idoso demenciado a oportunidade para o desenvolvimento de habilidades, fazendo com que esse idoso tenha mais funcionalidade e possa adaptar-se melhor diante das limitações (MOREIRA, 2007).

Além das atividades já destacadas, evidenciou-se através dos achados científicos que a terapia ocupacional atua também nos aspectos sociais e físicos, conforme destacado por dois dos autores encontrados (FERRARI, 2001; CUNHA *et al* 2011).

Em relação a intervenção social, podem ser estimuladas junto aos pacientes atividades como participação em festas, passeios, comemorações e outras que façam parte do contexto social e familiar do paciente.

Nos aspectos físicos, podem ser utilizadas atividades que promovam o bem estar físico, que mantenham a extensão do movimento articular, que estimulem o equilíbrio e força, bem como exercícios de relaxamento.

Como exemplo de intervenções junto a aspectos físicos, CUNHA *et al* (2011) utilizaram em sua intervenção atividades físico-corporais leves para controlar a perambulação e o sono do paciente.

De acordo com a necessidade de cada paciente e o contexto em que está inserido, as atividades são instrumentos fundamentais para exercitar funções cognitivas, físicas, mentais e motoras, estimular a autonomia do paciente, de acordo com o grau de acometimento do mesmo, além de ajudá-lo a lidar com sentimentos de angústias, e aumentar as perspectivas da reabilitação (BECKMAN; SANTOS, 2004). Diante de tantos benefícios é que a terapia ocupacional utiliza as atividades como recurso terapêutico em seu contexto, pois visa beneficiar o paciente, proporcionando a melhor qualidade de vida.

5.3 REABILITAÇÃO COGNITIVA

Como bem mencionado, dentre os grandes impactos da demência, os aspectos cognitivos estão entre os mais acometidos. Neste sentido, todos os autores usaram uma intervenção nos aspectos cognitivos, sendo esse um grande enfoque da Terapia ocupacional na atuação ao idoso demenciado.

FERRARI (2001) destaca que intervenções cognitivas devem ser feitas com atividades que mantenham a memória, a consciência, a sequência lógica, a capacidade de fazer escolhas, entre outros aspectos.

CAMARA *et al* (2009) utilizaram as técnicas de estimulação comportamental, terapia de orientação para a realidade, estimulação cognitiva, terapia de reminiscência e teoria de validação. Destas técnicas, três destacam-se para o uso da intervenção terapêutica ocupacional, que são: a teoria para orientação da realidade, a terapia de reminiscências e a estimulação cognitiva.

CUNHA *et al* (2011) utilizaram como estratégia de reabilitação cognitiva as seguintes técnicas: terapia de orientação para a realidade, terapia de reminiscências, pareamento de estímulos e aprendizagem sem erro. A Terapia de Orientação para a Realidade (TOR) consiste em apresentar os dados da realidade e do contexto ao paciente, com o objetivo de criar

estímulos ambientais e facilitar a orientação temporal e espacial. Isto pode ser feito através da comunicação por informação contínua, sinalizações no ambiente, linguagem verbal clara ou não verbal, sendo que as atividades podem se apresentar de forma lúdica ou não lúdica.

A terapia de reminiscências foi utilizada por quatro dos cinco autores pesquisados, sendo que apenas CORRÊA e SILVA (2009) não abordaram esta intervenção. Esta consiste na utilização de recursos utilizados na juventude do paciente como canções, fotos da família, filmes. O objetivo é fazer um resgate de informações, além de resgatar emoções que já foram vividas, o que gera um processo de socialização e entretenimento durante a sessão de terapia (FERRARI, 2001,2007; CAMARA, 2009; CUNHA,2011).

O pareamento de estímulos utilizado por CUNHA *et al* (2011), tem como técnica a utilização de estímulos visuais e auditivos para estimular a evocação de nomes de pessoas com base em associação de características físicas. Também foi utilizada a técnica de “aprendizagem sem erros” pelos mesmos autores, em que esta reduz as chances de erro do paciente enquanto realiza uma atividade, fazendo assim com que aumentem as chances de acerto durante a realização de procedimentos, o que leva a uma motivação do paciente e isso se associa a retenção da aprendizagem.

A estimulação cognitiva tem como objetivo estimular as funções comprometidas, como memória, linguagem, atenção, concentração, estimular as áreas bloqueadas e desenvolver os potenciais remanescentes do paciente. Além disso, visa dar suporte psicológico, que pode ser feito em conjunto com profissionais das áreas de psicologia e neuropsicologia. Esta intervenção sempre deve visar atos da vida cotidiana e deve ocorrer de uma forma que estimule o paciente a ver, ouvir e reter as informações que recebe. Pode-se utilizar o uso da técnica de memorização utilizando cores, calendários, relógio, etc. (CAMARA, 2009).

Notou-se através da análise dos artigos a importância do terapeuta ocupacional fazer uma intervenção junto ao idoso demenciado, pois, segundo CORRÊA e SILVA (2009) intervenções cognitivas ajudam a organizar as atividades do paciente, com o objetivo de promover uma melhor qualidade de vida. Neste contexto, acrescenta-se que a intervenção cognitiva serve como meio para lentificar o curso da demência no estágio inicial, sendo esta abordagem conjunta com a intervenção medicamentosa.

É importante ressaltar que quanto mais precoce for feito o diagnóstico do paciente, as chances de perdas cognitivas e motoras são menores. Em alguns casos, devido o diagnóstico tardio da patologia, as possibilidades de reabilitação e intervenção terapêutica ocupacional diminuem, sendo que nesse caso, cabe ao profissional fornecer orientação aos familiares e cuidadores.

5.4 ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

De acordo com COSTA *et al* (2006) as Atividades de Vida Diária-AVD's são as tarefas que uma pessoa realiza para cuidar de si, como: banhar-se, vestir-se, usar o banheiro, locomover-se e ter controle fecal e urinário. Neste sentido, há um aumento de idosos que tem dependência na realização destas atividades, podendo aumentar cada vez mais o número de idosos que possuem essa limitação durante a segunda ou terceira metade do século.

Na presente pesquisa, dois dos artigos encontrados fizeram menção a intervenção junto as AVDS, sendo que FERRARI (2001) mencionou a relevância do terapeuta ocupacional ter conhecimento acerca da natureza das dificuldades na realização das Atividades da Vida Diária — AVDs, já que sua prática visa minimizar os impactos causados na realização das mesmas pela demência. Atividades como fazer a barba, cuidar das unhas e cabelos, vestir-se e fazer uso de perfumes são mencionadas pela autora.

Em seu estudo, CUNHA *et al* (2011) tiveram como um dos objetivos de intervenção minimizar as limitações nas AVDs . Para isso, houve a facilitação da realização destas através da organização prévia dos materiais que seriam utilizados no atendimento domiciliar, foram dadas instruções verbais e demonstrações para que o paciente pudesse entender de forma mais clara e conseguisse ter melhor desempenho nas atividades. Tarefas específicas foram divididas em etapas e o paciente foi encorajado pela terapeuta ocupacional a participar das atividades que conseguia.

Devido ao fato da demência estar relacionada a perda de funcionalidade, o que leva também à perda da autonomia do idoso, realizar treino de atividades de vida diária com pacientes demenciados é vital para que eles possam manter funções, além de adquirir a capacidade de desempenhar papéis sociais significativos.

Isso é importante, por que como já mencionado, as AVDs estão relacionadas com a capacidade de o indivíduo cuidar-se, o que é inerente a todo ser vivo. Desse modo, este é um aspecto que a terapia ocupacional deve dar atenção de maneira primordial, pensando no indivíduo como ser capaz de gerenciar sua vida.

5.5 INTERVENÇÕES AMBIENTAIS

É importante que a terapia ocupacional intervenha junto ao contexto em que o paciente acometido pela demência esteja inserido. Deve-se ter em mente que uma pessoa com demência tem dificuldade em adaptar-se. Nesse caso, as intervenções são feitas junto ao idoso promovendo um ambiente sem estresse, com boa iluminação e sem ruídos externos de forma que seja adaptado as necessidades do sujeito (FERRARI,2001).

De acordo com a mesma autora, uma intervenção importante no caso de idosos acometidos pela doença de Alzheimer é que espelhos devem ser mantidos fora da área do paciente vestir-se e de banheiros, além disso, é necessário que evite a mudança de utensílios ou móveis domésticos, em especial no quarto do paciente. Neste sentido, está envolvida também a segurança do paciente, sendo este um ponto primordial a ser levado em conta pelo terapeuta, pois estas intervenções ambientais visam manter a segurança do idoso, além de favorecer sua locomoção.

Em relação a temporalidade, deve-se manter a rotina do paciente o máximo possível, como exemplo, ter horários regulares para dormir, acordar e fazer refeições.

CUNHA *et al* (2011) abordaram em seu estudo que por meio das adaptações ambientais foi possível que alucinações e agitações antes apresentadas pelo paciente fossem controladas. Isso foi feito por modificações como retirada de estímulos, como espelhos, barulhos de televisão ou excesso de utensílios para realizar as refeições.

Os outros autores não fizeram menção em seus estudos acerca deste tipo de intervenção, o que talvez se explique por seus estudos tratarem exclusivamente de reabilitação

cognitiva das demências.

Nota-se através destes autores, que o ambiente em que a pessoa vive está intimamente relacionado com o seu comportamento, pois este influi diretamente na maneira do indivíduo portar-se. De acordo com isso, PASCALE (2002) afirma que a integração ao ambiente é importante para o idoso portador de demência, pois este indivíduo analisa o mesmo de forma a levar em conta o sentimento envolvido com aquele lugar. Por isso, intervenções desse tipo devem ser realizadas com base em valores como crenças e associações com experiências anteriores vividas por estes idosos.

Além disso, o mesmo autor continua falando que os indivíduos acometidos pela doença de Alzheimer fazem parte de um grupo que necessita de um ambiente organizado de forma diferente, de tal maneira que compense seus déficits cognitivos e reforce suas capacidades e habilidades remanescentes. Para fazer esta intervenção ambiental, como princípio básico é necessário que haja a preservação da dignidade e da melhoria na qualidade de vida do idoso, levando em conta seu histórico de vida, suas preferências e desejos.

5.6 INTERVENÇÃO JUNTO A CUIDADORES

Em relação a atuação do terapeuta ocupacional junto a familiares/cuidadores, apenas CORRÊA e SILVA (2009) não fazem menção a cuidadores.

Os demais autores mostram que o papel dos cuidadores é essencial para uma boa intervenção e, além disso, estes são amplamente afetados com os efeitos da demência. Neste sentido, CAMARA *et al* (2009) relatam que é necessário que o cuidador seja tratado em conjunto com os pacientes, e deve-se dar informação e apoio aos cuidadores devido a grande carga emocional causada pelo cuidado dispensado aos idosos que estão aos seus cuidados, sendo este muitas vezes ser um familiar do idoso, o que é afirmado por HALLEY (1997) quando diz que 80% dos cuidadores de pacientes com a doença de Alzheimer são familiares.

Ainda de acordo com estes autores, o principal objetivo ao se intervir junto a cuidadores é diminuir o estresse emocional e fadiga mental, criar melhores condições de vida para eles e para os pacientes, de forma a propiciar um retorno gradativo, prazeroso e saudável

ao convívio familiar. Neste mesmo estudo, foi relatado que dispensar este tipo de atenção aos cuidadores, faz com que sua angústia seja diminuída.

FERRARI (2007) da mesma forma julga ser importante que o profissional seja um facilitador para a qualidade de vida tanto do paciente quanto do cuidador, sendo que programas de intervenção a cuidadores devem incluir: aspectos psicológicos, informativos e/ou educacionais e orientação vinda de diferentes profissionais e de apoio social.

Em sua intervenção, CUNHA *et al* (2011) fizeram orientações e treinos ao cuidador de como proceder quanto a atividades regulares no domicílio para o idoso, mostrando assim que para um melhor resultado da intervenção, é necessário que haja uma parceria entre o terapeuta e o familiar/cuidador.

Pode-se observar nos dois estudos que em um deles o cuidador é objeto de cuidado do terapeuta ocupacional e no outro que ele atua como facilitador do cuidado em conjunto com o profissional. Isso pode ser analisado pelo fato do cuidador, como já mencionado, ter implicações decorrentes do cuidado dispensado ao paciente. Em especial as mulheres, pois estas costumam sofrer um impacto maior, provavelmente por assumir com mais frequência tarefas desgastantes, como a higiene do paciente e tarefas domésticas (DUNKIN e HANLEY, 1998). Sendo assim, é necessário que seja dada devida importância a este familiar pelo profissional para prevenir e minimizar a sobrecarga e o impacto emocional negativo que podem afetar a saúde e qualidade de vida de cuidadores de idosos dependentes.

O cuidador pode contribuir muito no tratamento do idoso por continuidade as intervenções realizadas pelo profissional, isto se dá pelo fato que este passa mais tempo com o paciente e sabe definir quais são suas maiores limitações e potencialidades e por participar do cotidiano do indivíduo. Além disso, o cuidador pode auxiliar nas avaliações feitas pelo profissional de terapia ocupacional, dando informações pertinentes sobre o desempenho do paciente, conforme solicitado pelo terapeuta ocupacional.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como observado no decorrer deste trabalho, envelhecer é um processo que acarreta várias modificações em que o indivíduo precisa adaptar-se a novas circunstâncias. Junto a este envelhecimento, podem desenvolver-se patologias que causam grande dependência ao idoso, sendo uma destas a demência.

Ao pensar no idoso demenciado, deve-se levar em conta os impactos e limitações causados pela doença e em como indivíduo passa a viver a partir de então, tendo sua rotina alterada por esta nova realidade.

Neste trabalho evidenciou-se que há alterações funcionais, cognitivas e comportamentais advindas da demência, além do impacto causado aos familiares e cuidadores e a sociedade no geral por não estar preparada para lidar com este indivíduo.

Neste sentido, é necessário que haja intervenções interdisciplinares junto a esses pacientes, levando em conta seus anseios, emoções e histórico de vida, proporcionando que esta vivência ocorra da melhor forma possível, sendo isso feito através do uso de atividades significativas, sendo necessário ou não uma adaptação destas atividades de acordo com as necessidades do indivíduo.

Através da coleta de dados realizada nesta pesquisa, evidenciou-se que o objetivo principal do terapeuta ocupacional nesta abordagem é proporcionar a maior funcionalidade possível, tentando retardar ou minimizar o avanço das perdas funcionais a partir da estimulação das habilidades ainda presentes.

Notou-se também que a atividade é o objeto de estudo da terapia ocupacional, podendo ser utilizada como meio ou como fim também nas intervenções junto a indivíduos com demência. A atividade pode ser utilizada como recurso terapêutico ou pode ter a finalidade de alcançar um objetivo final, como promover maior autonomia e bem estar ao paciente.

Além disso, há a atuação conjunta ao familiar e cuidador, sendo esta extremamente

necessária para uma boa intervenção.

Estes foram aspectos encontrados na literatura pesquisada, de que os terapeutas ocupacionais intervêm junto a estes idosos por fazerem avaliações padronizadas e entrevistas aos pacientes juntamente com os familiares e a partir disso, delineiam qual o melhor procedimento, usando recursos terapêuticos diversos, podendo atuar em vários aspectos da vida deste indivíduo, seja no campo cognitivo, comportamental ou funcional.

Apesar da relevância da intervenção terapêutica ocupacional a esses indivíduos, é necessário que haja mais estudos sobre este tema de forma aprofundada, em especial na literatura brasileira, para que através disso, esta profissão e sua contribuição a esta população acometida seja melhor compreendida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADELMAN A. M., DALY M. P. **Initial evaluation of the patient with suspect dementia.** American Fam Physician 2005.

ANGHINAH, R. ; CARAMELLI, P. **Perguntas & respostas – Memórias e Quadros demenciais.** São Paulo: Jansen-Cilag, 2006.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL. The guide to occupational therapy practice. **American Journal Occupational Therapy.** v 53, 1999.

BECKMAN, K. A. F.; SANTOS, N. C. M. Terapia Ocupacional: relato de caso com vítima de escarpamento por eixo motor de barco. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar,** São Carlos, v. 12, n. 1, p. 20-43, 2004.

BENNETT, D. A. Doença de Alzheimer e Outros Tipos de Demência. In: WEINER, W.J.; GOETZ, C. G. (Orgs.). **Neurologia para o não especialista – Fundamentos básicos da Neurologia Contemporânea.** Editora Santos, São Paulo, 2003. p. 233-234.

BOTTINO, C. M. C.; PERROCO T.R. Diagnóstico das demências: papel da neuroimagem estrutural e funcional. In: **Demências-Enfoque multidisciplinar: das bases fisiopatológicas ao diagnóstico e tratamento.** São Paulo: Editora Atheneu, 2011.

BRITO, F. C.; NUNES, M. I.; YUASO, D. R. Multidimensionalidade em gerontologia II: instrumentos de avaliação. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de gerontologia.** 2 ed. São Paulo: Atheneu, p. 140, 2007.

BRUCKI, S. M. D. Curso clínico da Doença de Alzheimer. In: FORLENZA, O., V; & CARAMELLI, P. (Org.). **Neuropsiquiatria Geriátrica.** São Paulo: Editora Atheneu, 2000. p. 123-125.

CALDAS, C. P. O sentido do ser cuidando de uma pessoa idosa que vivencia um processo demencial. 2000. 141 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - **Escola de Enfermagem Anna Nery,** UFRJ.2000.

_____. **A saúde do idoso: a arte do cuidar.** Rio de Janeiro: EdUREJ, 1998. p. 85-87.

CAMARA, V. D. GOMES.; S. S.; RAMOS, F.; MOURA, S.; DUARTE, R.; COSTA, S. A.; RAMOS, P. A. F.; LIMA, J. A. M. C.; CAMARA, I. C. G.; SILVA, L. E.; SILVA, A. B; RIBEIRO, M. C.; FONSECA, A. A. Reabilitação Cognitiva das demências. **Revista**

FERRARI, M. A. C. A terapia ocupacional na reabilitação do portador de Alzheimer. O

mundo da saúde, São Paulo, v.25, n. 4 p. 425-429, 2001.

FERRARI, M. A. C. Reabilitação do Idoso Portador de demência tipo Alzheimer. In: **Terapia Ocupacional –Fundamentação & Prática-** Alessandra Cavalcanti e Cláudia Galvão . Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2007.

FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GALLUCCI N, J.; TAMELINI, M. G.; FORLENZA. O.V. Diagnóstico diferencial das demências. **Revista de Psiquiatria Clínica**. 32 (3); 119-130, 2005.

GAUTHIER, L. ;GAUTIER, S. Assessment of functional changes in Alzheimer's disease. In: SILVA, T., B., L. **Funcionalidade e Desempenho Cognitivo na demência frontotemporal variante comportamental**. 137f. Dissertação (Mestrado em Neurologia) – Faculdade de Medicina USP, São Paulo, 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GREEN, C. R. **Diagnóstico e tratamento da doença de Alzheimer e outras demências**. Rio de Janeiro: Editora de Publicações Científicas Ltda, 2001. p.13.

GUIMARÃES, M. A. **Demência: pesadelo financeiro no século XXI**. Disponível em: <http://apaz.org.br/images/demencia.pdf>. Acesso em: 16 fevereiro 2013.

HALLEY, W. The family caregiver's role in Alzheimer's disease. **Neurology**, 48(5), 25-29, 1997.

JORGE, M. S. **Demências**. Disponível em: <http://www.sbneurociencia.com.br/drmariojorge/artigo2.htm>. Acesso em: 18 fevereiro 2013.

KIKUCHI, E. L. **Classificação das síndromes demenciais**. In: Demências-Enfoque multidisciplinar: das bases fisiopatológicas ao diagnóstico e tratamento. São Paulo: Editora Atheneu, 2011. p. 51-54.

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde coletiva, bimestral, ano/vol. 4, número 017**. Editorial Bolina. São Paulo, Brasil.

LEMOS D. N.; GAZZOLA J. M.; RAMOS L. R. Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. **Saúde e Sociedade** v.15, n. 3;2006. p. 170- 179.

MARRA, T. A.; PEREIRA, L. S. M, FARIA, C. D. C. M.; PEREIRA, D. S.; MARTINS, M. A. A.; TIRADO, M. G. A. Avaliação das atividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência. **Rev. bras. fisioter**. São Carlos, v.11, n.4, 2007.

MARTINS, C. R. M. **O envelhecer segundo adolescentes, adultos e idosos usuários do SESC Maringá: Um estudo de representações sociais**. 2002. 168 p. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.

MOREIRA, K. Q. **A atuação da terapia ocupacional junto a idosos com demência**. Fortaleza, 2007. Monografia (especialização em gerontologia)- Escola pública do Ceará.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE- OMS. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília (DF): **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2005. 60 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: agosto, 2013.

PAPALÉO NETTO, M. Envelhecimento: desafio na transição do século. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo, Editora Atheneu, 2000. p. 44.

PAPALÉO NETTO, M. Envelhecimento: desafio na transição do século. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo, Editora Atheneu, 2002. p. 68.

PASCALE, M. A. **Ergonomia e Alzheimer: a contribuição dos fatores ambientais como recurso terapêutico nos cuidados de idosos portadores da demência do tipo Alzheimer**. 2002. 120p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia Teoria e Prática**. Editora Guanabara Koogan S. A. 5 ed, 2001.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. de (Org.). **Bioética e Longevidade Humana**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola, 2006. p.260.

PSYCHIATRY ON LINE BRASIL. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano08/for0608>> Acesso em: setembro, 2013.

RAMOS, L. R.; VERAS R.P.; KALACHE A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Rev. Saúde pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, 1987. p.21.

SANTANA, R. F. **Grupo de orientação em cuidados na demência: relato de experiência**. Textos Envelhecimento, vol.6, n.1, Rio de Janeiro, 2003.

SOARES, L. B. T. História da terapia ocupacional. In: **Terapia Ocupacional – Fundamentação & Prática**- Alessandra Cavalcanti e Cláudia Galvão . Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública** 2009;43(3):548-54 pag. 549

VIEIRA, E. B.; KOENIG, A. M. Avaliação cognitiva. In: FREITAS et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p. 921-8, 2002

WILKINS, S.; LAW, M.; LETTS, L. Assesment of functional performance. In: Bonder Br, Wagner MB. **Functional performance in older adults**. Philadelphia: Davis Company, 2001, p. 236